THESE

DE

Filinto Elysio do Nascimento Wanderley

Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 10 de Março de 1906

PARA SER DEFENDIDA

POR

Filinto Elysio do Nascimento Wanderley

Interno de clinica psychiatrica e de molestias nervosas

Natural de Pernambuco

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

DELIRIO DA DUVIDA

Cadeira de Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas

BAHIA

Typ. e Encadernação do Lyceu de Artes e Officios

Dirigida por PRUDENCIO DE CARVALHO

1906

Faculdade de Medicina da Bahia

DIRECTOR—Dr. ALFREDO BRITTO
VICE-DIRECTOR—Dr. MANOEL JOSÉ DE ARAUJO

Lentes cathedraticos

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
J. Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª SECÇÃO
Antonio Pacifico Pereira	Histologia
Augusto C. Vianna	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Physiologia pathologicas
	3.ª SECÇÃO
Manuel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica.
	4.ª SECÇÃO
Raymundo Nina Rodrigues	Medicina legal e Toxicologia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
	5.ª SECÇÃO
Braz Hermenegildo do Amaral	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operaçõese apparelhos
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica, 1.ª cadeira
Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia	Clinica cirurgica, 2.ª cadeira
	6.ª SECÇÃO
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
Alfredo Britto	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalhó	Clinica medica 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica 2.ª cadeira
	7.ª SECÇÃO
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
	8.ª SECÇÃO
Deocleciano Ramos	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinicaobstetrica e gynecologica.
	9.ª SECÇÃO
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
	10. SECÇÃO
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
	11. SECÇÃO
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica
	12. SECÇÃO
J. Tillemont Fontes	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira	Em disponibilidade
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Lentes Substitutos

OS DOUTORES	
José Affonso de Carvalho (interino)	1.ª secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3.ª
Josino Correia Cotias	4.ª »
Antonino Baptista dos Anjos (interino)	5.ª
João Americo Garcez Fróes	6.ª »
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans	7.ª »
J. Adeodato de Sousa	8.ª
Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª »
Clodoaldo de Andrade	10. »
Carlos Ferreira Santos	11. »
Luiz Pinto de Carvalho (interino)	12. »

SECRETARIO—DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
SUB-SECRETARIO—DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Psychiatrica e de molestia Nervosas

Delirio da Duvida

INTRODUCÇÃO

BALL, (1) o eminente professor de psychiatria, dissertando em sua clinica sobre um doente de loucura (2) da duvida que lhe servira de objecto para uma de suas magistraes licções, emittiu o seguinte conceito sobre este estado morbido:

« O facto dominante no estado psychologico deste homem é a perda absoluta do sentimento de realidade.

Compara-se a um sacco vasio. Nada existe dentro de si; resta-lhe somente o involucro que conserva uma forma de apparencia exterior, mas que no fundo está absolutamente vasio. Chama a si uma *cousa*, os outros homens são *cousas feitas* como elle; não crê, porem, em sua existencia real. Não crê no que vê e quando estende a mão para tocar um objecto, está convencido de que, não encontra senão um phantasma que se evapora ».

---

(1) Leçons sur les maladies mentales, pag. 605-621.

(2) Conservaremos na nossa dissertação as denominações que davam os auctores, quando discutiam a materia que faz o assumpto de nossa these.

Assim, segundo o brilhante psychiatra francez, as perturbações que fazem o quadro clinico da loucura da duvida, são o effeito directo da perda do sentimento da realidade.

A solução proposta por Ball encerra sem duvida grande parcella de verdade, mas não deixava de ter, perante a psychologia, um caracter pouco definido, pois o valor scientifico do sentimento da realidade não estava sufficientemente firmado, de modo a consentir que d'ahi se tirassem as consequencias possiveis no terreno da pathologia mental.

Esta questão, porem, nos parece se achar resolvida de uma maneira plausivel, graças aos trabalhos de Pierre Janet que, com inexcedivel brilho dirige a cadeira de psychologia no Collegio de França.

O grande psychologo, analysando os estados psychastenicos, entre os quaes occupa lugar saliente o delirio da duvida, foi levado a uma feliz concepção pela qual os phenomenos psychologicos se nos apparecem discutidos, de modo a poderem elucidar magnos problemas de pathologia mental.

Escapa ao nosso intento fazer no nosso modesto trabalho a analyse detida dos interessantes estudos do notavel professor de Paris ; mas forçoso nos é, para desembaraçar o nosse thema das fortes difficuldades que nelle sobejam, que façamos uma rapida exposição do assumpto de que vamos tratar.

*
* *

Os phenomenos psychologicos, segundo Pierre Janet, se superpõem em uma hierarchia, cujas gradações elle traçou. Os diversos gráos dessa hierarchia psychologica, procedem da maior ou menor difficuldade que apresentam os phenomenos em questão; ou em outros termos, as operações mentaes se dispõem em uma hierarchia, na qual occupam os gráos superiores aquellas cuja complicação é maior, e os gráos inferiores aquellas de mechanismo menos complexo.

Admitte Janet que, os gráos de difficuldade dos phenomenos psychologicos se medem conforme a frequencia e a ordem sob as quaes elles desapparecem.

A principio estabeleceu Janet a distincção mais flagrante que existe entre os phenomenos da synthese e os automaticos; mas reconhecendo a insufficiencia desses dous gráos, porque em cada grupo se tornavam necessarias novas distincções, passou a classificar as operações na ordem em que vamos esboçar.

Em primeiro lugar está *a funcção do real*—operação mais difficil, aquella que primeiro e as mais vezes desapparece.

Seguem-se-lhe em gráo de facilidade crescente as operações desinteressadas, as funcções das imagens, as reacções emocionaes, visceraes etc.

*
* *

A funcção do real é constituida por um conjuncto de operações que, ao serem modificadas, reproduzem esta serie de perturbações bizarras, interpretadas erroneamente pela maioria dos auctores, cuja concepção, suppomos, variavel quando emparelhavamos duas opiniões, dependia mais de vaidade de inventores de novidade, que em esclarecer o assumpto.

Este é o nosso modo de pensar, e a confusão reinante entre aquelles que procuravam estudar o assumpto é o escopo que temos para confirmar o nosso juizo, que não é irreflectido.

Sendo esta funcção a mais difficil e a primeira que soffre nas perturbações com tendencia a hypotensão, necessario se torna que a esbocemos em suas principaes linhas, segundo a concepção de Janet.

No estudo succinto que pretendemos fazer, intercalaremos as opiniões pró e contra ao modo de pensar do eminente professor, resumindo tambem as conclusões que dellas tiram, referentes ao assumpto, os que delle se occupam.

A acção voluntaria que nos conduz a agir sobre os objectos exteriores, constitue a primeira forma em que se esteriorisa a funcção do real e tanto mais nova a resolução posta em acção, quanto mais difficil de execução.

Um doente de Janet dizia: «Nada me torna mais infeliz como a necessidade de tomar uma decisão nova».

Em um gráo inferior ao da acção voluntaria, acha-se a attenção que nos permitte perceber as causas reaes, tendo como gráo mais elevado a operação que determina a certeza e a crença.

Crença e idéa são em psychologia, no conceito de Spencer, inseparaveis, e esta irmanisação constituia a base principal para explicação da duvida que, para elle era unicamente o resultado de representações igualmente claras.

Esta concepção do grande philosopho inglez, attribuida a Hume, já cimentada pela opinião autorisada de Taine, encontrou em Brochard forte baluarte contra sua acceitação.

Em excellente these sobre o *erro* e luminosos artigos sobre *crença* e *vontade*, assim se expressa Brochard: « Uma cousa é a necessidade de pensar ou ligar idéas, outra cousa, a necessidade de crer, isto é, pôr como verdades absolutas as syntheses que o espirito não pode romper; com rigor podemos comprehender uma verdade geometrica e não crer nella. »

Na *Crença* de Gayte, encontra-se, do sceptico, a seguinte descripção: « E' uma intelligencia sempre em movimento que pede ao proprio pensamento

uma decisão que elle não pode dar. Não se liga a nenhuma theoria, porque não sabe querer, delibera sempre porque é incapaz de deter seu pensamento por um acto, não o domina, deixa-se dominar por elle ».

Emquanto manifesta opposição surge ás idéas de Spencer e Taine, procuram os psychologos ligar a vontade á crença como modalidades das variações de tensão.

Camille Bos considera a crença um acto concreto (uma assimilação psychologica) e para elle a não realisação desta funcção origina um estado morbido por excesso ou diminuição, dependentes sempre de um enfraquecimento da crença, tendo por termo ultimo a negação de toda a crença, a duvida absoluta.

A allucinação e a megalomania não traduzem uma superactividade funccional, porem insufficiencia do poder de reducção e detenção. E' ainda por causa da fraqueza da actividade mental que os obsedados não podem impedir o desenvolvimento tyrannico de uma idéa.

A mesma impotencia é que constitue o delirio da duvida, em condições aqui porem inversas: nos dubios a intelligencia é intacta, a critica do espirito incessante, a impulsão porem falha. Crença e vontade parecem assim se succeder por equivalencia.

A crença, adhesão ao real, exprime a individuali-

dade, resultando que « o crer pode variar individualmente, e que a pathologia da crença começa individualmente em momentos differentes ».

Na hierarchia estabelecida pelo professor Janet a crença occupa logar saliente ao lado das operações voluntarias.

A disposição das percepções que relacionam-se com o nosso corpo e com os movimentos possiveis, constitue a orientação, operação proxima á crença e á acção que se approxima das funcções do real.

A fixação da lembrança dos successos presentes, a invocação das lembranças recentes intimamente ligadas á realidade presente, a invocação, emfim, de lembranças passadas de forma que possam agir na percepção actual, são operações superiores da memoria, unicas incluidas na funcção do real.

Faz parte tambem desta funcção a consciencia de nossos estados interiores e a percepção de nossa pessoa.

Ligam-se a esta operação certos phenomenos que prendem-se á emoção, operações faceis no conceito de Janet, mas que difficultam quando precisam na adaptação de um facto real.

Mais importancia ás perturbarções da emoção liga W. James, para quem a falta de realidade depende da ausencia de emoção.

O ultimo termo da funcção do real que resume,

segundo Janet, todos os precedentes, é a constituição do tempo — *a formação no espirito do momento presente.*

Uma outra faculdade que consiste em tornar presente um estado do espirito, é a *presentificação* que em ultima analyse é a attenção, a acção, a percepção da situação dada com o sentimento da realidade, e facil nos é conceber que esta operação é um aspecto de funcção do real, apresentando as mesmas difficuldades e perturbações.

*
* *

A insufficiencia nervosa, seja qual for a hypothese que se lhe attribúa como causal, se manifesta por perturbações psychologicas, sentimentos de indifferença de apathia e abulia, representando o inicio da diminuição da funcção do real.

Em principio estes phenomenos nada têm de caracteristicos, apresentando confusão com o inicio de grande numero de nevroses e psychoses; com a sua continuação, porem, nota-se que este enfraquecimento mental tende a tomar na sua evolução ou em sua localisação formas particulares que systematisam nas diversas molestias.

Neste periodo o syndroma é ainda indistincto; é uma forma embryonaria que mais tarde se especia-

lisa na formação de outros estados mais accentuados, constituindo um grupo de molestias que representa um typo com os symptomas confusos da neurasthenia.

Passemos a estudar os symptomas de deficiencia e sua especialisação na constituição de um estado psychastenico.

Para Janet ha tres ordens de phenomenos que representam importante papel na formação dos sentimentos de deficiencia, são elles: a diminuição de synthese mental, e como consequencia a diminuição da systematisação e da unidade dos elementos reunidos no campo da consciencia; reducção da complexidade mental, do numero dos elementos sensações, imagens, movimentos, emoções que preenchem a consciencia e nos dão o sentimento da realidade e do presente; a lembrança, finalmente, do modo pelo qual funccionava outr'ora o nosso pensamento, sua unidade, sua riqueza, as comparações entre este estado passado e o presente e as interpretações inevitaveis que se·confundem com estas comparações. »

Os sentimentos de deficiencia, em sua maioria, estão em relação immediata com o enfraquecimento da synthese mental.

Os sentimentos vagos, mysteriosos que dão origem a tendencias mysticas ou orientam o delirio n'um sentido particular, dependem desta difficuldade que

sente o individuo em unificar seus pensamentos, ainda que sejam em numero reduzido. A duvida, o desdobramento e a despersonalisação originam-se desta fraqueza de systematisação. Nos individuos normaes, o sentimento de liberdade é um sentimento de unidade, a acção resultante das tendencias do nosso ser, dos motivos a elle impostos e das inspirações do nosso caracter, resumem n'um só systema todos os phenomenos psychologicos.

O inverso nos psychastenicos: os actos que as necessidades da vida exigem são realisados; ha no seu espirito falta de unidade, na sua consciencia, entretanto, existem tendencias, habitos, em opposição com o acto realisado, evidenciando-se pelo sentimento de automatismo, de acção não voluntaria, formas communs de todo o estado psychastenico.

O segundo phenomeno, a falta de complexidade e de riqueza mental é para nós o que a acção mais directa tem na sua formação e systematisação das insufficiencias. Dugas fazia depender o exagero do automatismo da diminuição da actividade automatica, este mesmo automatismo posto em liberdade originava a despersonalisação.

Para Janet a despersonalisação é provocada por uma perturbação da percepção inteira da funcção do real.

No ultimo capitulo quando estudarmos as alte-

rações cenesthesicas veremos estas concepções diante da theoria de Grasset.

O terceiro facto é a lembrança do estado do espirito anterior á molestia. Involuntariamente vivem os doentes a comparar seu estado presente e o passado, dizem sentirem-se mudados, transformados, tendo as mesmas sensações do desdobramento e despersonalisação.

***

A interpretação dos phenomenos de deficiencia, parece-nos ainda não esclarecidos, quando de um duvidoso ou phobico, que são formas adiantadas da molestia, pretendemos explicar a formação de seu ultimo periodo.

Em outra parte, quando fallavamos das perturbações causadas pela insufficiencia nervosa, dissemos que ellas a principio vagas e diffusas tendiam a uma forma determinada. A theoria que expomos não explica a formação destes estados, uma hypothese, porem, hoje já aproveitada para explicação de muitos phenomenos de pathologia mental, —a da *derivação*, — nos offerece caminho mais seguro na interpretação de todas estas insufficiencias.

Esta hypothese é baseada no seguinte principio: Todas as vezes que uma força primitivamente destinada a ser gasta para a producção de um phenomeno fica inutilisada, porque este phenomeno tor-

nou-se impossivel, produz derivação, isto é, esta força se gasta produzindo phenomenos outros não previstos e inuteis.

Spencer por esta forma explicava as transformações da physionomia que se produzem no curso de certas emoções. O riso, era para elle o resultado da derivação da força nervosa para os musculos menos resistentes que se movem com mais facilidade.

A irascibilidade, diz ainda Spencer, se produz em consequencia d'uma inactividade relativa dos elementos superiores; a descarga se faz duma maneira subita para os plexos inferiores que formam as impressões angustiantes.

Mantegazza descrevendo os individuos enraivecidos que trucidam-se horrorosamente, suppõe que elles impoem a si voluntariamente estes soffrimentos, para substituir á dor moral uma dor artificial que serve de derivativo.

Tentativas diversas têm sido feitas para applicar esta theoria á pathologia mental.

Jackson fez observar a importancia que se dá em psychiatria aos phenomenos negativos, que representam as operações suppressas pelos doentes, despresando-se as positivas as quaes podem ser exageradas pela suppressão das primeiras.

Wright estudando o elemento physiologico da emoção exagerada, opina ser este reflexo visceral e

secundario representando uma simples derivação das forças cerebraes mal empregadas.

Freud usava constantemente desta hypothese para explicar os phenomenos da angustia. Para elle a angustia tem por origem phenomenos de excitação genital, excitação que se gasta normalmente na execução da copula.

Si por abstinencia, si após um coito imperfeito ou por causas outras esta excitação não chega ao seu termo, escoar-se-ia, seguindo outras tendencias, dando origem a reacções visceraes pathologicas que iriam determinar a angustia.

A derivação não determina simplesmente phenomenos visceraes e angustiosos. As multiplas formas em que ella pode se apresentar dependem das circumstancias e presdisposições individuaes: a forma muscular determina agitações ou movimentos mais ou menos systematisados, a visceral, as excitações dos apparelhos digestivo, respiratorio e circulatorio, a cerebral, os phenomenos intellectuaes diversos, imagens, idéas abstractas, phenomenos automaticos associados etc.

A derivação tem origens diversas: a excitação genital insaciada e a impossibilidade que se apresenta na realisação de um phenomeno de alta tensão, são as concepções mais acertadas que explicam sua formação. Esta ultima principalmente é a que nos ape-

gamos na interpretação de todos os symptomas estudados por nós. O exame destes phenomenos nos tem mostrado que esta interpretação resume de uma maneira simples um certo numero de caracteres destas crises.

*
* *

Na systematisação ha dois aspectos e duas formas differentes a considerar.

O que se precisa a principio é o phenomeno primario, ponto de partida da crise. Não são mais todos os actos, porem um determinado que insufficiente provoca a derivação; é a attenção, a crença, um sentimento particular que se detem antes que os outros. Este facto é conhecido em psychologia sob o nome de *especialisação das insufficiencias psychologicas.* Quando a derivação em seguida toma a forma determinada, dá-se a *systematisação da derivação.*

O homem não tem necessidade de empregar sempre seu maior esforço, ou attingir os termos mais elevados da hierarchia mental, ainda mesmo que seja capaz de fazel-o para a realização de um acto.

O mesmo dá-se na percepção do real; não convem julgar que este trabalho consideravel para sua percepção, tal como descrevemos se effectua a todo o momento, realisa de tempos em tempos e nos deixa uma lembrança sufficiente para que a impressão de

realidade subsista apezar da percepção ter sido reduzida a seus traços essenciaes. Um signal, uma imagem é bastante para reconhecermos uma pessoa e sabemos que com um pouco de attenção esta percepção chegaria a um gráo completo de certeza e de real. Esta idéa faz logo attribuir em toda a percepção o caracter de realidade e a consequencia resultante, é que um individuo pode ser psychastenico sem que disto suspeite; não eleva os phenomenos ao seu ultimo termo, não requerendo suas acções esta necessidade, nenhuma curiosidade tem em saber si este poder ja desappareceu.

Quando, porem, as circumstancias collocam-n'o em presença de um phenomeno que exige esta alta tensão, o sentimento de deficiencia sobrevém a proposito de certos actos determinados.

O acto do casamento, por exemplo, sua gravidade, preoccupações no futuro etc., trazem em constantes attribulações os que delle se preoccupam e innumeras observações vimos, onde o delirio da duvida faz sua explosão antes ou após a realização deste acto.

A funcção genital exige forte tensão para se realisar; e esta é a razão pela qual notamos nos abulicos perturbações nas funcções genesicas. A impotencia ao acto genital normal, a castidade excessiva em idade madura nos individuos que parecem ser normaes, é algumas vezes um signal de psychastenia.

Tambem grande influencia têm nas especialisações psychologicas as attenções e a diversidade de sensações.

A difficuldade existente na sua realisação é um tanto artificial, dependendo esta circumstancia da maneira pela qual se realisa: ou sob uma forma elementar como acção desinteressada e por conseguinte com pouca tensão ou esforçando-se para elevaI-os á perfeição da funcção do real, empregando um grande esforço.

Assim comprehende-se que a especialisação da insufficiencia poderá se fazer de um modo artificial, si um individuo fraco é impellido a praticar um acto que se fazia facilmente, de uma maneira elementar, pelo maximo de perfeição psychologica. Succede isto quando o individuo está convencido da importancia excepcional deste acto.

Esta insufficiencia especialisada traz como derivações perturbações emocionaes.

Ainda sob a insufficiencia das especialisações muito concorrem circumstancias que attrahem a attenção sobre certas partes ou funcções do corpo ou ainda sobre algumas operações mentaes. Em um psychastenico com diminuição geral de todas as funcções, uma dôr desperta a attenção sobre um orgão ou uma funcção; immediatamente esta funcção torna-se difficil

e impossibilitada de se realisar, e assim se precisa esta angustia.

Uma pyrosis será o ponto de partida das algias do estomago, — as hemorrhoides representam papel capital nas algias do anus; de uma pharyngite chronica resultará a phobia da linguagem.

Não esqueçamos, entretanto, que estes doentes, pelo facto de sua insufficiencia, teem um estado mental especial e apresentam idéas fixas que são a systematisação das agitações do espirito.

Estas considerações mostram que a abulia, a falta de crença, a fadiga da attenção somente em theoria são geraes; na pratica manifestam-se por operações que natural ou artificialmente são as mais difficeis, concluindo-se que as insufficiencias psychologicas se especialisam nestes phenomenos e trazem em consequencias destas acções determinadas os accidentes que são considerados como derivações.

O principio da derivação nos explica de uma maneira geral, como as diversas agitações de espirito e do corpo, as excitações visceraes que formam as angustias, não são senão gastos, derivações de uma força não empregada por causa de suppressão dos phenomenos superiores. Isto não basta, como acima dissemos, para esclarecer as formas particulares que

tomam em cada caso determinado estas derivações. Na systematisação da derivação achamos a razão desta determinação.

A systematisação se faz pela simples evolução da molestia e depende de tres principios para a maioria dos auctores, que determinam a natureza dos phenomenos psychastenicos.

O primeiro principio basea-se na predisposição individual; cada individuo reage contra a molestia de uma maneira particular, conforme sua natureza e educação.

O segundo é o habito. Ball dizia: «A loucura da duvida é essencialmente caracterisada por uma sorte de *prurido cerebral* que nada pode satisfazer, a repetição dos mesmos habitos, das mesmas questões e pensamentos prendem-se a um phenomeno organico que os conduz incessantemente ás mesmas impressões.»

Esta reflexão do illustre psychiatra é justa; o estado determinado pela insufficiencia psychologica é sempre o mesmo e cada vez que apparece obriga o infeliz a recomeçar exactamente os mesmos pensamentos. O psychastenico neste estado é sempre um individuo sem vontade, incapaz de modificar seu estado mental e fugir á tyrannia das impressões que arrastam as mesmas ideias. Cede sempre ao habito e quando estabelece uma crise, ha probabilidade de

todos as outras apresentarem-se com os mesmos caracteres.

O terceiro principio é o da melhor adaptação possivel.

O ponto de partida da crise, sendo um acto insufficiente, esta adaptação incompleta se acompanha de sentimentos de insufficiencia extremamente dolorosa.

Ha um estado de inquietação que impelle o individuo a procurar por todos os meios sair-se delle.

Este estado não nos parece ser sufficiente para determinar por si só toda a derivação ; mas existindo uma agitação mental e physica, este estado representa papel consideravel para a orientar em qualquer sentido.

Idéas confusas cruzam-se no cerebro desses infelizes, idéas que vão ser orientadas tendo em vista a gravidade do mal e os meios adequados para sair-se delle.

As agitações representam um esforço para chegar-se á adaptação completa.

Não chegam a este resultado, mas approximam-se desta adaptacão. Nos casos, porem, de grande confusão, as derivações têm uma certa relação com o phenomeno primario que não pode ser terminado.

Sendo o ponto de partida um acto insufficiente, haverá derivação dos esforços intellectuaes e physicos em relação com o habito. Si tratarmos de uma

idéa sobre a qual a certeza for impossivel, haverá um trabalho que deve estar em relação com as investigações da certeza.

E' o que dá origem aos tiques e ás phobias particulares.

OBSERVAÇÃO TRANSCRIPTA DE BALL

Trata-se de um homem de 28 annos de idade, de uma figura agradavel e intelligente e de um bello desenvolvimento physico. E' o quinto filho do casal que ainda vive e não apresenta outra enfermidade a não ser um ligeiro tremor. Não existe nenhum vicio hereditario na familia, porem o doente teve convulsões na sua infancia. A ultima appareceu na edade de 8 annos. Desde essa epocha não teve outra molestia. A prova d'isto, é que elle é normalmente desenvolvido e é quem sustenta a familia. E' empregado em um banco onde seus serviços são muito appreciados.

Ganha 300 francos por mez.

Este homem é intelligente, porem, recebeu uma educação rudimentar; esteve na escola publica da qual sahiu para entrar no commercio. Nunca leu Descart nem os outros philosophos e si elle trata das questões as mais elevadas, pode-se dizer que elle se occupa de metaphysica sem que d'isso se aperceba. Este homem, como já o dissemos, era empregado em um banco, trabalhava muito bem e regularmente, quando por uma manhã do mez de Junho de 1874 pelas 10 $^{1}/_{2}$, estando em sua carteira viu se produzir uma mudança subita, estranha, na apparencia dos objectos que não lhe pareciam mais os mesmos. Não lhes achava mais relevo, isto é, ponto de realidade.

Escrevia o doente: No mez de Junho de 1874 eu soffri quasi

subitamente, sem nenhuma dôr nem atordoamento, uma mudança na maneira de ver.

Tudo me pareceu singular, estranho, ainda que guardando as mesmas formas e as mesmas côres. Pensando erradamente que esta sensação desagradavel desappareceria, facilmente como veio, não me inquietei muito, quando me sobreveio um polypo na narina esquerda, fui procurar um medico, e sem lhe falar do estado no qual me achava, mostrei-lhe o polypo que elle extrahiu. Suppoz que era este polypo a causa desta bizarra maneira de ver e julguei que este extrahido, voltaria eu ao meu estado normal; nada disso porem se deu.

Em dezembro de 1880, mais de cinco annos depois, eu me senti diminuir, desapparecer. Não restava mais de mim mesmo, senão o corpo vazio.

Desde então minha personalidade desappareceu *de uma maneira completa* e apezar de tudo o que faço para retomar este meu *eu* desapparecido, nada consigo. Tudo torna-se de mais a mais estranho em torno de mim, e no momento actual, não somente não sei o que sou como tambem não posso comprehender o que se chama a existencia, a realidade.

Que cousas essas acontecerão? Porventura existirá realmente tudo quanto está em torno de mim? Quem sou eu? Que são todas essas coisas feitas como eu? Porque eu? Quem, eu? Eu existo, mas fóra da vida real; nada entretanto occasionou a minha morte.

Porque existem todas estas cousas em torno de mim, que fazem tudo da mesma maneira.

Essas cousas devem gozar da vida e se acham bem como são feitas. Que são estas cousas? Ainda que n'este estado atroz é

precizo que eu viva como dantes e sem saber porque. Alguma cousa que não parece residir no corpo me obriga a continuar como d'antes, e não posso reconhecer que isto seja verdade, que esteja agindo realmente.

Tudo em mim é mechanico e feito inconscientemente.

Deante de uma sensação physica, eis o que eu soffro: o corpo que não tem significação para mim se acha vazio, constricção nas fontes, oppressão entre os olhos, em cima do nariz, crispação do nariz até o alto da fonte. Os ouvidos ouvem bem, porem parecem tapados.

A narina esquerda, ás vezes, obstruida, livre e novamente obstruida. Ao lado desta bizarra sensação devo fazer notar que, quando falam comigo, eu respondo immediatamente e dizem que respondo certo. Faço meu trabalho bem e sem nenhum erro e entretanto digo a mim mesmo continuamente: « estou no trabalho faço isto, faco aquillo » e não posso saber se isto é verdade.

Creio poder me resumir dizendo: personalidade completamente desapparecida: parece que estou morto ha dois annos e que a cousa que existe em nada se assemelha ao meu antigo eu. A maneira pela qual vejo as cousas não me deixa sciente do que ellas são ou de que ellas existam; dahi a duvida, etc. Em consequencia deste estado mental atroz eu cheguei a me interrogar si não ficaria louco, ou si não seria melhor desembaraçar-me eu mesmo de uma molestia que dura desde muito tempo e que, até hoje, não poude ser modificada. Sem poder absolutamente gozar a vida, uma vez que eu a não comprehendo, sou obrigado a soffrer tudo o que os outros podem soffrer, ao passo que se conservam em seu estado normal.

Estudo clinico do syndroma

Esquirol e Falret foram os primeiros que se occuparam desta forma particular, apresentando aquelle uma observação sob o nome de *monomania raciocinada* e este a descripção clinica da molestia.

O genio de Esquirol que havia esboçado a concepção de unificação do syndroma, não encontrou nos posteros quem o desenvolvesse e os trabalhos publicados estudavam as formas disparatadas como que constituindo no quadro nosologico entidades morbidas distinctas.

E' o periodo da multiplicidade e cada autor como diz Janet, descobre sua mania ou phobia.

Entrecortado por tentativas diversas perdurou algum tempo este espirito de separação e no Congresso de Psychiatria reunido em Berlim em 1891, sustentava Ladame a completa independencia da loucura da duvida, do delirio do toque, comprovada por duas observações, admittindo, entretanto, *associações algumas vezes*.

Legrand du Saulle cujos trabalhos sobre o assumpto são considerados classicos e a quem se diz

o iniciador da epocha contemporanea, apresentou duas monographias sobre loucura da duvida e agraphobia, reconhecendo depois relações estreitas entre as duas affecções, não trepidou em affirmar ser o delirio do toque uma segunda phase da loucura da duvida, succedendo uma terceira representada pela inercia e pelo isolamento.

Muitos outros trabalhos eram então apresentados sobre tentativas de unificação.

Um certo numero estabeleceu o grupo das monomanias. Parchappe em 1851 ensaiou reunir algumas das phobias ao grupo das hypochondrias. Morel enfeixava em um só grupo todos os emotivos, e Falret, Griesinger e Berger procuraram constituir um grupo, reunindo a loucura da duvida com o delirio do toque e fazendo della uma alienação parcial com temor dos objectos exteriores. A esta maneira de conceber juntaram-se Wendel, Wille e Krafft-Ebing.

A juncção dos symptomas emocionaes aos intellectuaes foi desde então estabelecida.

Os estudos de Magnan sobre os estygmas hereditarios dos degenerados constituem um forte auxilio para o estabelecimento da unificação, « e embora apresente pontos contestaveis, tem entretanto o grande merito de dar unidade a factos tão diversos e neste ponto foi acceito por quasi todos » (Krafft-Ebing).

Nas suas magistraes licções sobre as molestias mentaes, o professor B. Ball, falando das diversas denominações que têm sido propostas oriundas de interpretações differentes, diz: « Na realidade trata-se de uma condição morbida variavel em suas manifestações e que merece, segundo o caso, todas as denominações que lhe foram successivamente impostas.

. . . .

Ha porem um traço caracteristico que reune todos estes estados em apparencia tão diversos: é a inquietação intellectual que pode-se comparar á lypemania anciosa, a qual representa uma inquietação affectiva ».

Semelhantes controversias tem se suscitado quando procura-se designar seu logar no quadro nosologico, o que levou Ladame a dizer humoristicamente: « La doute n'est pas seulement chez les maladies, il a passé dans la science, et l'affection dont nous parlons presente ce caractère singulier qu'elle pourrait aussi bien être appelés Folie du doute en raison de l'incertude dans la quelle se sont trouvés le cadre des maladies mentales que pour les symptômes étranges qui la caractérisent. »

Incluida antigamente no vasto grupo das mono-

manias de Esquirol, foi depois estudada por Falret e Ball como pertencendo aos delirios parciaes.

Na Allemanha e Italia são todas as obsessões incluidas no quadro das paranoias, sob uma forma especial de paranoia abortiva ou rudimentar.

Krafft-Ebing fez observar, entretanto, a differença na facilidade de assimilação constante nos delirios primordiaes do paranoico, ao passo que, as idéas obsedantes se acham em face da consciencia como *intrus* cuja sensação morbida é reconhecida pela falta de assimilação.

Os autores francezes em sua maioria fazem das obsesssões um delirio systematisado, equivalente na França a paranoia allemã.

A differença que apresenta Krafft-Ebing de que falamos acima e mais as perturbações do julgamento caracteristico destes delirios em completo antagonismo com as observadas no delirio da duvida constituem argumentos para sua não acceitação.

Ball estudando o assumpto, recapitulava as idéas que havia emittido, apresentando dois factos sempre verificados nos casos que havia observado : ser um delirio com consciencia, e ter completa ausencia de allucinações.

A conservação da consciencia e do julgamento é, diz Rogues de Fursac, (1) a regra na obsessão, per-

---

(1) Manuel de psychiatrie, pag. 279-1903.

mittindo o doente reconhecer a natureza pathologica do phenomeno.

Acceitando sem contestação a concepção de Janet que a nevrose — cerebro cardiaca de Krisbaher, nevrose de angustia de Freud, delirio cenesthesico de Raymond e despersonalisação, são effeitos de uma baixa tensão psychologica, cremos que este syndroma póde ser concebido como uma perturbação particular da cenesthesia (sendo esta palavra tomada no sentido que precisamos) e tomar lugar no vasto grupo das hypochondrias.

A antiga idéa de Parchappe resurge actualmente com solidas bases para sua consolidação.

Fœrster em estudos sobre a perda da consciencia do corpo, notou perturbações no sentido privativo da sensibilidade organica que acompanha os movimentos dos orgãos sensoriaes, sendo logico que neste dominio existam tambem perturbações parafunccionaes; é o caso dos doentes que se dizem estar desarticulados, cortados em segmentos, sem orgãos (obs. II), perturbações estas que no dizer de Buck (1) se passam no dominio do systema nervoso da vida de relação, peripherica ou central.

Ora, ao lado da hypo e da parafuncção somato-

---

(1) Buck. — Origine peripherique des psychoses, in Bull de la Soc. de Med. Ment. de Belgique.

psyche propria á vida de relação, deve-se admittir perturbações afunccionaes da somatopsyche propria á vida vegetativa, e perturbações parafunccionaes da mesma somatopsyche, e como estas ultimas perturbações constituem o dominio da hypochondria, forçosamente devemos admittir sua inclusão no grupo das hypochondrias.

Não havia escapado a Cotard estas relações quando considerava os doentes attingidos destas perturbações como hypochondricos melancolicos e a Deny que considera este syndroma como uma variedade especial sob o nome de hypochondria aberrante, digna de figurar ao lado dos delirios das negações de Cotard, do delirio metabolico de Mendel, na grande familia hypochondriaca.

***

Assentado como ficou sobre a maneira que deve ser comprehendido este syndroma e o lugar por elle occupado no quadro nosologico, passemos a estudal-o em sua marcha normal.

Legrand du Saulle em uma monographia escripta sobre o assumpto, descreveu tres periodos na evolução deste estado morbido: o primeiro constituido pela duvida, o segundo pelo temor do contacto e o terceiro pela inercia e pelo isolamento. Assim ensinava o illustre psychiatra na distincção dos dois primeiros

periodos: «O que eu noto é que o signal differencial que separa o segundo periodo do primeiro consiste em revelações absolutamente inesperadas do doente, exposições prolixas de soffrimentos não suppostos, inauguração de um systema de questões sem fim na solicitação reiterada de palavras tranquillisadoras e na extrema facilidade com a qual uma pessoa de amizade dissipa momentaneamente as perplexidades em apparencia as mais aterrorisadoras».

Na descripção de Legrand du Saulle, apresentada em epocha em que a psychiatria iniciava sua phase de organisação, muita cousa ainda subsiste que a intuição do genio cimentou. Analysemol-a.

A primeira phase é constituida pela duvida; nisto não cabe discussão, nem immiscuissões e a constancia deste symptoma inicial fez com que della se originasse o nome que rubrica o syndroma.

Claudicou, porem, o scientista francez confundindo este syndroma com as phobias quando fazia constituir o segundo periodo pelo temor do contacto. Foi um erro da epocha e nisto vai sua revelacão.

A phobia, a duvida, os tiques e as agitações teem um fundo commum. Os trabalhos de Janet sobre os phenomenos psychastenicos elucidaram estas questões. Para elle as ruminações e phobias «dependem do estado do espirito do individuo, de sua educação e das circumstancias provocadoras e não se succedem

segundo uma lei regular». Nas insufficiencias e nas systematisações, como vimos, é que se constitue a affecção.

Nos dubios é commum a intercorrencia da phobia do contacto isto, porem, em vista do principio estabelecido, não autorisa para que seja descripta como uma phase de molestia, porque como se tem observado, podem apesentar os doentes, neste mesmo delirio, tiques, agitações etc.

Ainda mais. No trecho que transcrevemos de Legrand du Saulle, como reconhecendo o caracter distinctivo na phase de *expansibilidade* não é acceitavel; esta necessidade de direcção existe desde o começo e é commum a todos os symptomas de insufficiencia psychologica, ha, porem, como claramente demonstrou Janet, nos obsedados um interesse em occultar suas angustias, apresentam um sentimento de não serem semelhantes ás outras pessoas, outros mostram-se de uma timidez excessiva, exprimem-se mal, e chegam a um estado em que seus soffrimentos os impellem a falar, procurando uma direcção mais precisa. Janet nesta phase admitte os dois periodos creados por Legrand du Saulle, sendo que em um momento o doente revela seus padecimentos a pessoas intimas, estendendo depois suas revelações a todas as mais pessoas. O terceiro periodo, recapitulava Legrand du Saulle, é o da inercia e o do isola-

mento. Assim o descrevia: « Vive o doente na solidão, os movimentos são lentos, a vida se prolonga e se extingue em uma sorte de immobilidade, sahe poucas vezes, suas idéas permanecem acanhadas, o caracter torna-se egoista, e o tempo é perdido em pequenas minucias de *toilletes* e refeições. » Acceitamos. Foi verdadeiramente clinica a descripção traçada pelo eminente professor.

As investigações modernas no que dizem respeito a estas alterações, justificam a exactidão da descripção. A despersonalisação que apresentamos na phase ultima, é a consequencia das perturbações observadas e descriptas por Legrand du Saulle. O individuo que perder seu *eu* tem forçosamente os sentimentos de isolamento e inercia; estas alterações são para nós a exteriorisação das perturbações no trama intimo dos centros nervosos.

São as razões que nos levaram a dizer atraz, o que repetimos, foi verdadeiramente clinico o quadro traçado pelo emerito professor.

Das phases terminaes é esta a mais commum e é nella em que estes infelizes buscam pôr termo a seus soffrimentos pelo suicidio. (Obs. II)

Si marcha cyclica tem a affecção que estudamos, esta é constituida pela duvida, pelo desdobramento e pela despersonalisação. Não ha, geralmente, esta ordem na successão dos periodos, podendo o segundo ou

o terceiro ser o inicio da affecção, assim como um delles constituir toda a molestia sem o apparecimento de um outro. Nas observações apresentadas pelos autores não se nota regularidade na marcha. Van Eeden apresentou innumeras observações nas quaes não era verificada a marcha normal. Doentes havia que em começo apresentavam phobias variadas, inclusive as do toque e que com o desapparecimento destas, logo após apresentou-se o delirio da duvida com todo o seu cortejo.

Um doente assistido por Janet, depois de 18 mezes de despersonalisação, ficou um pouco mais tranquillo sobre a sua pessoa; esqueceu em parte o soffrimento que tinha, apresentando porem crises de interrogações e lembranças, verdadeiras ruminações do delirio da duvida.

Suscitou-se ultimamente entre os autores de mais conceito a velha discussão si as obsessões terminam pela alienação.

Era preceito assentado, valorisado pela celebridade que tinha aquelle que o emittiu, Legrand du Saulle, que a molestia nunca chegava á alienação. O professor Ball considerava questão resolvida a não terminação pela loucura, escudado em uma das conclusões da communicação de M. J. Falret ao Congresso de Paris reunido em 1889. Preceituava o im-

mortal psychiatra francez, quando discutia as probabilidades da cura: « Esta é rara, *a molestia, porem, jamais termina pela demencia* ».

Era este o pensar de Magnan e Legrain que á descripção feita das obsessões addicionam o seguinte:

« Ha porém um facto notavel — é que nunca se observa a menor modificação do syndroma, o qual fica sempre semelhante a si mesmo. Não evolúe nem se transforma; nunca vem a ser a origem de um delirio propriamente dito, como diziam outr'ora, confundindo a idéa obsedante com a obsessão pura; de modo nenhum as obsessões terminam pela demencia. »

Estas opiniões teem contradictores que sustentam haver certas relações entre a obsessão e a loucura, podendo aquella terminar por algumas psychoses, principalmente a melancolia e a paranoia. Neste numero estão Kraepelin, Wernicke, Morselli, Janet, Seglas e Pitres.

Este ultimo em consciencioso estudo sobre quatrocentas observações, chegou ao seguinte resultado em relação aos doentes nos quaes póde apreciar a evolução do mal:

Apresentaram-se nove casos de psychoses constituidas; onze classificou Pitres de *transição*, em que a psychose não tinha se estabelecido, estando, porem, em via de organisação.

Dos nove casos de psychoses constituidas, exceptuando um epileptico, os oito restantes foram attingidos de psychose por accentuação progressiva e aguda no seu estado obsedante, sendo que em sete a psychose revestia a mesma forma de *melancolia anciosa* com idéas delirantes e allucinações, apresentando um doente idéas angustiosas de negação e de ausencia de orgãos, semelhante ao syndroma de Cotard. Um somente, depois de ter cahido em estupor allucinatorio e impulsivo, terminou por uma mania chronica que prolongou-se por muito tempo. Dos oito, quatro curaram-se, um suicidou-se e tres ficaram internados.

Acompanhando ainda estes casos, Pitres verificou que um havia se tornado mania chronica, outro se transformou em uma lypemania anciosa franca, com tendencia a cura, o terceiro se conservou no mesmo estado de melancolia anciosa.

Quanto aos onze restantes que estavam, como diz Pitres, no periodo de transição, oito se approximavam da melancolia, — sempre de forma anciosa, lucida; tres restantes que eram do sexo feminino se achavam no ponto em que a idéa fixa tende a se tornar delirante systematisada. Duas chegaram á paranoia rudimentar, a terceira se achava em começo da interpretação delirante.

Razão têm, pois, diante deste resultado os autores

que admittem a possibilidade da alienação na ultima phase das obsessões. O que temos a observar é a constancia na terminação limitada a dois typos:

Paranoia rudimentar (Allemão), ou delirio systematisado (Francez) e melancolia anciosa.

Notou Pitres que nos casos de loucura manifesta, podemos reconhecer qual a obsessão que a precedeu.

O delirio systematisado é o termino da obsessão ideativa, da mesma forma que á melancolia anciosa chegam os estados obsedantes em que predominam os symptomas emocionaes encontrados no vasto grupo das phobias. A estas formas admittidas por Pitres e Regis (1), Krafft-Ebing (2) e outros, Pierre Janet addicciona mais tres constantes nos escrupulosos: os estados extaticos com um delirio mystico mais ou menos systematisado, a confusão mental com estupor e a confusão mental com manifestações delirantes.

***

O delirio da duvida apresenta uma infinidade de formas clinicas. O professor Ball (3) descreveu as principaes acceitas pela maioria dos autores. A obser-

---

(1) Pitres et Regis — Obsessões, pag. 242.

(2) Traité de psychiatrie, pag. 546.

(3) Janet, op. cit. v. I, pag. 660.

vação I representa o typo clinico dos *metaphysicos*, A preoccupação principal desta forma é a investigação *incessante* dos grandes problemas philosophicos.

Constantemente vivem a pensar quem foi o Creador; procuram a origem da linguagem, se inquietam com o fim das cousas, com a immortalidade da alma, etc.

Com as idéas desviadas em opposição ao typo apresentado por nós, *os realistas* se occupam de questões frivolas, não representando nenhuma elevação de pensamento. Griesinger, citado por Ball, relata a observação de um principe moscovita que andava a perguntar constantemente, porque os homens não eram tão grandes como as casas.

A forma clinica dos *escrupulosos* é numerosa. As estatisticas de Janet apresentam uma cifra elevadissima de casos.

Os *timidos* formam uma quarta classe. Estes individuos, quando tentam realizar qualquer acto, sentem difficuldade pelo temor que teem de se comprometter e tomam continuadamente precauções *exageradas* em todas as occupações ordinarias.

A quinta e ultima forma é a dos *contadores*. Legrand du Saulle cita a observação de um doente que dizia:

«Perdoae-me, não é por vontade, mas é preciso contar».

São estas as principaes formas clinicas, no emtanto não podemos limitar a um numero determinado, porquanto podem variar indefinidamente.

Os tres principios estabelecidos por Janet, dos quaes já falámos em outra parte, nos explica a razão desta multiplicidade.

Diagnostico — E' facil em se tratando de casos typicos e bem desenvolvidos. Quando porem a obsessão não é manifesta, serias difficuldades existem em se estabelecer um diagnostico seguro.

No capitulo precedente vimos os periodos que atravessam as obsessões até sua constituição; vejamos o diagnostico em cada uma destas phases.

No primeiro grupo em que estão incluidos os abulicos e todos os casos que apresentam perturbações da emotividade far-se-á o diagnostico com a neurasthenia, com a confusão mental aguda ou chronica, com os estados melancolicos e com a paralysia geral em começo. Difficuldades existem no diagnostico differencial com a neurasthenia porque, sendo este estado vagamente determinado, apresenta perturbações que são o inicio de outras nevroses e psychoses.

Se um doente com symptomas de neurasthenia moral se queixa de não reconhecer a si mesmo, de se sentir desdobrado, delle proprio reconhecer o ca

racter automatico de seus actos, não haverá difficuldade em se formular com precisão o diagnostico. Ha interesse para sua formulação, sobretudo com as formas chronicas e lentas de confusão mental que se desenvolvem na juventude e são as mais das vezes consideradas como fórmas hebephrenicas.

Os symptomas de insufficiencia psychologica são mais accusados nas confusões de origem toxica e infectuosa; as perturbações se revelam por alteração do raciocinio, da percepção e da associação. O doente não se limita a duvidar do que vê ou ouve. Apresenta-se como não podendo perceber ou comprehender, e os de confusão mental têm menos consciencia do seu estado morbido que os psychastenicos; apresentam poucas sensações de insufficiencia e quando apparecem idéas fixas não reconhecem seu caracter absurdo.

O diagnostico nos estados melancolicos é facilitado pelo gráo de perturbações affectivas que lhe são caracteristicas. Pitres e Regis têm observado a juncção do symptoma das obsessões com os melancolicos formando estados mixtos. A paralysia geral em começo apresenta symptomas communs com os dos estados psychastenicos, tornando difficil o diagnostico. Os signaes physicos da paralysia geral, o desenvolvimento mais accentuado da demencia nesta, permittem resolver as difficuldades existentes. Depois

de constituida a obsessão, o diagnostico será feito com os delirios systematisados em seu começo com as paranoias rudimentares, que vão constituir o delirio hypochondrico, com a loucura mystica e com o delirio de perseguição.

Os antigos autores confundiam os delirios systematisados com o delirio da duvida, apresentando Delasiauve como exemplo de «pseudo-monomania» um caso typico de delirio de perseguição, e Marcé formando um só grupo do delirio das perseguições com as «idéas forçadas» dos obsedados.

O diagnostico neste caso não é difficil, consistindo simplesmente em verificar a existencia dos signaes adoptados por todos os autores para estabelecer a distincção entre a idéa fixa e a obsessão.

Diz Roubinovitch que a idéa fixa é uma concepção delirante, inconsciente, dominando toda a personalidade psychica; a obsessão é uma idéa inutil ou nociva, reconhecida falsa, que occupa o espirito do doente contra a sua vontade.

A idéa fixa é permanente, a obsessão procede por paroxismos; na primeira molestia é o julgamento, a falta de associação de idéas que são lesadas, na segunda é lesada a esphera emotiva, isto é, a vontade. Um perseguido nos limites do seu delirio, manifesta uma convicção absoluta com idéas de perseguição e

grandeza, realisando actos em relação com estas idéas; ouve vozes allucinativas e não se assemelha a um obsedado que vive a se interrogar sobre o seu escrupulo, apresentando pseudo-allucinações.

E' difficil, entretanto, se considerarmos as molestias em começo.

Nos perseguidos se tem verificado caractéres communs aos psychastenicos: a mesma influencia de causas debilitantes; molestias infectuosas, emoções, oscillações do nivel mental, perturbações de insufficiencia psychologica, abulia e sobretudo sentimento de automatismo.

Igualmente encontram-se nos perseguidos systematicos sentimentos de desdobramento, de extranheza do mundo objectivo; inversamente, no obsedado typico, conteúde de idéas é o mesmo que no delirio systematico. As idéas obsedantes mysticas e as idéas de perseguições apparecem conjunctamente em diversas obsessões.

Ha doentes que em começo ora se apresentam com symptomas de delirio da duvida, ora com os symptomas dos delirios de persegüição.

O problema é difficil e a resolução possivel no momento actual, consiste em differençar os estados psychastenicos que tendem em evoluir para os delirios systematicos daquelles que se limitam ás obsessões. A tendencia anterior do caracter, a auto-

philia e o orgulho revelam uma disposição em objectivar todas as insufficiencias psychologicas.

Estes caractéres fazem temer que o estado psychastenico não evolua para a variedade perigosa que é o delirio systematico de perseguição.

As tendencias inversas, a doçura, a humildade, a tendencia á analyse subjectiva prevêm a obsessão da duvida.

A analyse psychologica nos diversos symptomas permitte dar alguma precisão ao diagnostico.

PROGNOSTICO—E' grave, não obstante as remissões prolongadas de cinco annos como na primeira observação. Pitres e Regis consideram de extrema gravidade as obsessões intellectuaes em o numero das quaes está o delirio da duvida.

TRATAMENTO.— Aconselham-se tonicos, reconstituintes e o uso de sedativos.

O tratamento porém mais acertado é o moral, que consiste nos seus traços principaes na simplificação da vida, na suggestão e na reeducação da attenção.

TRANSCRIPTA DE PITRES E REGIS

OBSERVAÇÃO II

OBSESSÃO DA DUVIDA DO PENSAMENTO E DA EXISTENCIA. DISSOCIAÇÃO E DESDOBRAMENTO DA PERSONALIDADE.

Em Maio de 1897, M. D..., 50 annos, empregado do commercio, celibatario, nos consultava porque desde algum tempo tinha « complicações de idéas ». Seu pae era impetuoso, irascivel. Morreu de diabetes na edade de 66 annos.

Sua mãe fallecida com 81 annos, de catarrho bronchico, não apresentava nenhum phenomeno nervoso.

Teve um irmão dypsomano, com perturbações allucinatorias, morto com 62 annos, de cirrhose atrophica. Sua irmã que o acompanha passa regularmente. Entretanto suspeita de *migraine* e, como nos affirmou mais tarde, desde a idade de 15 ou 16 annos, tinha uma serie de manias ou antes de « superstições ».

Para andar devia sempre partir com o pé direito; fazia oração no mesmo lugar da sua camara; si tocava um objecto pensando que lhe poderia acontecer alguma desgraça, era obrigada a tocar outro. Isto lhe durou 4 ou 5 annos. Teve ella egualmente crises nervosas.

Na sua adolescencia nosso doente não teve as idéas fixas que o occupam hoje. Teve, com sua irmã, algumas pequenas « manias » como elle as chama.

Gostava de caminhar sobre os intersticios das calçadas de modo a fazer uma cruz. Era levado a bater os muros cimentados, etc.

D. fez excessos de bebidas (pequenos copos de absintho). Ha um anno sobrevieram perturbações gastricas com estado verti-

ginoso, seguidas de pulsações e finalmente a sensação se renovando todas as manhãs, da inexistencia de seu corpo e sentindo impossibilidade de levantar-se do leito. Era como que um «pesadelo dissipado» enchendo-o de angustias. Foi nestas condições que nasceram «suas complicações de idéas». Tem procurado verificar, ha dois mezes se realmente pensa e como pode reconhecer si porventura pensa. Si uma idéa apparece em seu cerebro sem que elle disto tenha consciencia, elle recorda o passado para saber qual era esta idéa que pòde lhe escapar. Preoccupa-se elle, finalmente, com a continuidade de seu pensamento.

O que é para elle penoso, o que o põe em estado de angustia excessiva é ter podido ficar um certo tempo sem pensamento, é que tivesse havido, como disse elle, «um tempo de parada nas suas idéas».

Estas indagações augustiosas se reproduzem todos os dias. Uma noite desperta elle de repente, e pergunta: «Eu penso?» Não sentindo-se pensar, diz: «Pois que nada prova que eu penso, não posso saber se existo». Destruia assim o famoso aphorísmo de Descartes: «Penso; logo existo».

Estas torturantes preoccupações não o abandonam e lhe tornam a vida insuportavel. «Elle prefere a morte a ficar assim». Estas duvidas sobre a existencia de seu pensamento e sobre sua existencia real constituem uma obsessão das mais penosas para o nosso doente.

Só á força de muito raciocinio chega elle a uma vaga concepção de sua existencia, sobrevindo logo após um outro raciocinio que destróe a prova encontrada. Tem por deducção uma idéa vaga de que existe. Elle si «substitue» diz elle, ao estado daquelle que não pensa e então vê «que pensa».

Observa o funccionamento de suas visceras para saber se vive. Para vir se consultar, «foi obrigado a não seguir todos os seus raciocinios e obedecer a machina humana».

O exame do doente revela o seguinte: Um homem de estatura acima da normal que foi certamente vigoroso, tendo porem os traços fatigados e o ar preoccupado. O olhar brilhante e intelligente. Diz ter emmagrecido naturalmente desde que começou a soffrer certas perturbações obsedantes. Soffre da cabeça, particularmente da região occipital. Nota-se um tremor intenso na lingua e nos dedos. Os reflexos são normaes; a sensibilidade geral um pouco diminuida. O appetite é mediocre, o doente é obrigado a rociocinar para comer. Tem constipação. Durante o somno não é perseguido por suas idéas; porem, antes de dormir tem visões de pessoas desconhecidas que desfilam deante d'elle, lhe apparecendo sob um aspecto muito vago. Algumas vezes, diz elle, vè conversarem entre si e ouve mesmo certas phrases. Conhece bem que estes phenomenos não existem senão em seu espirito. Ao despertar tem sensação de que acaba de nascer, que se levanta de uma syncope. Sua memoria é bòa, seus gostos mudaram. A musica que era uma das mais agradaveis de suas distracções, se tornou insupportavel. Nada mais o interessa e vive na inacção, na mais completa ociosidade, dominado unicamente por seus pensamentos. Sua obsessão augmenta de mais a mais: « Falo, marcho, logo vivo. Si vivo, fallo, ando, logo penso ».

Tem acontecido varias vezes ir elle accordar a irmã á noite e lhe propòr a seguinte questão: « Eu te falo, logo eu vivo ». Elle sente-se obrigado a pensar para provar que existe. Poderia se distrahir, porem, soffre com esta distracção, porque lhe

parece que não faz «a quantidade sufficiente de raciocinio para a vida.» Busca os pensamentos abstractos que são para elle uma prova muito mais evidente de seu pensamento, por isso que não são fundados sobre sensações. Cada um de seus syllogismos é acompanhado de uma crise de angustia com baforadas de calor, suores, palpitações do coração, sensação de constricção epigastrica. Em seguida a suas visitas ao medico, torna-se um pouco mais calmo. Mas o effeito não dura muito tempo.

Entretanto, mesmo atravez da calma, sente que teve sempre abundancia de «idéas». Não sente mais satisfação quando se lhe affirma que elle vive. Sente mesmo uma repulsão para todas as acções que provam a vida. Em uma das occasiões em que esteve comnosco tocaram um realejo na rua; elle ouviu. «Eu ouço, logo eu penso, logo eu existo; mas estarei eu certo de que penso?»

Demais elle não teve consciencia si seu «eu actual é o mesmo que o seu eu de outr'ora» Comtudo quando não pensa mais em todas estas idéas, lhe parece que está desdobrado e que volta a sua «vida antiga». Em seguida, apezar de todos os seus esforços para esquecer-se desta obsessão, o seu estado conserva-se sem melhora. A demonstração de sua existencia requer certos raciocinios, mas o espirito do doente não fica satisfeito porque a terrivel duvida renasce contra sua vontade; e, quanto mais o espirito se applica sobre este ponto, tanto mais a agonia augmenta. Um raciocinio acarreta um outro em sentido contrario e este uma infinidade delles, até que, emfim, a angustia, chegando ao ultimo gráo, o doente sente um vacúo em seu craneo, como elle diz: «suas idéas se volatilisam» e é nestes momentos que

elle acredita estar louco. Existe nelle alguns momentos em que a tranquilidade de espirito tende a voltar; mas, são de bem curta duração.

Um dia quiz se destrahir ao piano de que gostava muito, antes de sua molestia; uma vez mesmo, segundo nos disse sua irmã compoz uma valsa. Mas ordinariamente longe de distrahir suas idéas, a musica não fazia senão provocar novas angustias. Com effeito, em quanto elle tocava piano, em que se tornava seu pensamento?

Elle não pensava, seus raciocinios não lhe provavam que elle pensava, etc. Seus meios de defesa são numerosos raciocinios que faz para se convencer de que existe realmente e de que suas duvidas são absurdas; mas nada affirma. Eis a prova: é que elle sente, ouve, anda, e seu pensamento acompanha bem todos os seus actos, porem não constantemente lhe faz muitas vezes commetter actos automaticamente; por consequencia « seus pensamentos soffrem interrupções ». Elle não tem sempre no espirito idéa continua de que existe e então suas duvidas recomeçam. Quanto mais calculos faz, mais a obsessão augmenta. Para se convencer de que existe toma o pulso; se sente pulsações, é porque elle existe realmente. E o acto pelo qual elle levou a mão direita sobre a esquerda afim do tomar o pulso, não é um acto cujo funccionamento esteve todo presente ao seu espirito? Todos estes processos que elle emprega para se certificar de que pensa e existe não fazem senão augmentar e duplicar seu estado ancioso. E', pois, em vão que elle procure se convencer que vive examinando attentamente seu pulso, marchando, verificando as sensações de sua vista e de seu ouvido. Não se convence de que tude isto é verdade.

Para dar uma idéa mais exacta do estado do doente e de seus syllogismos angustiosos, transcreveremos aqui uma nota que nos remetteu sua irmã: «Procuro o mecanismo do pensamento. Falo para me certificar de que posso fallar. Si eu ando, vivo. Parece-me que não vivo não me ouço falar, não me sinto. Si não penso é porque não vivo, si não vivo, então, não devo comer. Preferia ser louco a não ter certeza de que penso e vivo». Hontem pela manhã elle me disse: «Para me levantar, é preciso que eu pense e que viva. Para verificar que eu vivo é preciso que eu pense, e como verificar que penso? E, todavia, é isso!» Quer que eu escute seus racíocinios para se convencer de que vive e de que pensa e isto todos os cinco minutos, desde a manhã até a noite. Isto me faz enlouquecer. Que marcha seguir? devo concordar com elle ou contradizel-o? Elle quer que se provê que vive e que pensa e disto se originam os seus raciocinios, e como não chega a provar o que deseja, soffre como um infeliz».

D... tem um máo estado geral; soffre horrivelmente do estomago: parece-lhe que seu estomago entra n'elle proprio. Elle se sente fraco, abatido; está pallido e magro. Quasi todos os meios de therapeutica foram empregados: tonicos, calmantes, hydro-therapia, galvanisação cerebral, pilulas de cerebrina, orchitina. Fizemos durante um mez quasi díariamente injecções de 8 a 10 c. c. de serum artificial. O seu estado não melhorou. Praticamos então uma serie de ensaios de hypnose. Empregamos todos os processos possiveis para provocar o somno: fixação do olhar, de um objecto brilhante, fricções oculares, passes, suggestões verbaes etc. Recorremos duas vezes á chloroformisação. O doente mostrou-se sempre muito refractario. Quando muito, em alguns instantes parecia mergulhado em

uma ligeira somnolencia, mas despertava espontaneamente sem ter anesthesia, contractura, sem a menor amnesia.

No fim depois de dez sessões D... procurava todos os meios para conseguir o somno; nós lhe aconselhamos entreter, arrastar-se, fixar em um objecto brilhante: n'uma vela, n'um espelho, em cada dia até que dormisse.

Depois de 15 dias recomeçamos nossas tentativas de hypnose mas sem resultados. D... está desesperado e declara que apezar de seu desejo, lhe é impossivel conseguir concentrar sua attenção sobre um ponto qualquer e adormecer.

Para tentar fazer uma diversão salutar mandámos D... passar algumas semanas em sua terra natal. O seu estado não se modificou. Na segunda ou terceira noite, raciocinando como de costume sobre o objecto de suas duvidas, lhe veio a idéa de que vivia talvez, mas debaixo da terra. Esta idéa desde então se fixou em seu espirito como «obsessão-deducção» e hoje é ella que o domina. Não pode se convencer de que não está sob a terra. Hontem (25 de março de 1898) passando na rua Victor Hugo acreditou se achar debaixo da terra e, assim ser elle mesmo a rua Victor Hugo. A personalidade ficticia creada por sua obsessão, apparecia pois em sua consciencia como real, e a personalidade real como ficticia.

Aqui a consciencia estava realmente attingida, mas momentanea e imcompletamente. O doente mergulhado cada vez mais nos seus calculos psychicos, chegou a cahir rapidamente em uma crise de nervrse de angustia aguda, sempre lucido e obsedado, mas manifestando friamente a intenção de recorrer ao suicidio, si por ventura não se curasse. Por isso foi collocado em uma casa de saúde de nervosos onde, executando o que havia annunciado, suicidou-se depois de alguns dias.

Etio-pathogenia

Causas multiplas favorecem o apparecimento deste delirio: herança, idade, sexo, auto-intoxicações, molestias infectuosas, entram como essenciaes na sua etiologia.

A influencia da herança representada como factor essencial nas diversas psychopathias soffreu consciencioso critica de dois psychiatras brazileiros pela importancia exagerada que se lhe têm attribuido.

Antes, vejamos a opinião de autoridades estrangeiras.

Legrand du Saulle havia assentado como verdade incontestavel que « a loucura da duvida fazia suas victimas entre os descendentes de nevropathas, estes supranumerarios infalliveis de alienação ». Esta opinião é a mesma de Arnaud, que diz ser condição essencial para sua manifestação ou de estados analogos a hereditariedade nevro ou psychopathica. Assim pensam os autores em sua maioria.

Os Srs. Juliano Moreira e Afranio Peixoto (1), por pouco annullam a influencia da herança concebida como se tem em biologia. A dilatação dada

---

(1) Archivos brasileiros de psychiatria e neurologia — anno I, n. 1, pag. 8—1905.

pelos mesmos a esta palavra como causa geratriz nos parece mais adequada, sobremodo no assumpto que tratamos.

Transcreveremos *ipsis verbis* as palavras do sabio director do Hospicio Nacional de alienados e de seu joven auxiliar:

« Esquecemo-nos por completo do meio em que vivemos uma vida interior de combates e reacções incessantes, para tudo attribuir a umas tantas metaphysicas da biologia ainda sem provas. A não ser comprehendendo na expressão herança aquelle sentido latissimo que um de nós já lhe emprestou, falando da herança sociologica que mais prepondera na genese do adulterio que a biologia, a não ser talvez extendendo mais ainda ao conjuncto de condições physicas e sociaes ambientes em uma palavra originarias ou consequentes em que nos influenciam em nossa derivação mesmo, somos forçados a fazer aqui umas tantas restricções ao sentido estreito do conceito, sobre o assumpto que nos occupa ».

E' de importancia capital o sexo; á inferioridade de nivel mental da mulher, é a que se attribue esta predisposição.

A idade é para Ball, Legrand du Saulle e Baillarger, perigosa na epocha da puberdade. Este ultimo affirmava « que quasi sempre a molestia da duvida tinha inicio na epocha da puberdade ». As molestias

infectuosas, as auto-intoxicações etc., tudo emfim que diminue a resistencia organica favorece a eclosão do mal.

Acoberta a medicina espesso véo na causa intima dos diversos estados morbidos. Na sua historia verá, quem se dér ao trabalho de a compulsar, a cadeia de theorias engenhosas e scientificas que em tempos vicejaram, novas ou modificadas, acompanhadas com o nome dos autores que as formularam.

Tratando da pathogenia quando escrevia sua excellente these (1) disse talentoso collega, deste ponto de medicina: « A pathogenia é thema em que as hypotheses bastam para alimentar discussões, » e no que toca á assumptos que resvalam para a psychologia, « terreno em que as soluções ainda se desenham sob uma meia luz que emprestam indecisão e inconstancia ás figuras », comprehende-se o gráo de discordia reinante.

Na ordem chronologica se nos depara a theoria intellectual que foi creação de Delasiauve e Peine.

Sustentada por Griesinger e Westphal como simples perturbações intellectuaes, ainda tem perdurado nos tempos modernos com Krafft-Ebing para quem a

---

(1) Dr. José Carneiro — Demencia precoce, these inaugural, pag. 25—1905.

emoção do obsedado é secundaria, simples reacção da representação obsedante sobre a vida emotiva do doente. A ausencia na obsessão de angustia e de perturbações emocionaes prévias, são os argumentos apresentados pelos partidarios das theorias intellectuaes.

Partindo do verdadeiro conceito que se deve fazer de idéa e pensamento que é, segundo Janet, um phenomeno psychologico, complexo, com antecedentes que se relacionam com seus caracteres, ataca este insigne professor a theoria intellectual, por ser inadmissivel como semelhantes idéas apresentem os caracteres das obsessões sem que nenhuma perturbação anterior houvesse.

Morel em 1866 descreveu sem delirio emotivo. Esta theoria sustentada na Inglaterra por Lange e James, em França encontrou Pitres e Regis que ardorosamente defendem sua veracidade.

A prioridade da vida affectiva sobre a intellectual, sustentada pelo professor Ribot, fez com que Pitres e Regis, após ligeiro momento de hesitação, acceitassem como veridica a theoria de Lange e James que synthetisavam em definir a emoção « a consciencia das variações mesmo vasculares ».

Para provar ainda a prioridade e preponderancia da emoção, dizem os citados autores: « Tomai uma

obsessão qualquer, — duvida ou homicidio, — supprimi pelo pensamento a angustia, a anciedade que nella se encontra e não presenciareis obsessão,—subtrahi entretanto a idéa fixa, e encontrareis a obsessão na sua essencia —não ha obsessão, sem emoção, sem phenomenos vaso-motores (Pitres e Regis).

O facto em que se apoiaram Pitres e Regis, de precederem as tendencias ás idéas, não implica que uma vez a vida affectiva e a vida intellectual constituidas, não possa a primeira, pelas mesmas causas, ser influenciada simultaneamente que a segunda « tanto mais quanto sua separação é um tanto artificial ».

Binet e Vaschide em experiencias feitas observaram factos em contrario com a theoria emocional : — a reacção emocional preceder as modificações vaso-motoras.

Lange e Sergi admittem a existencia de um centro vaso-motor, « centro emotivo principal e primario », sendo a actividade deste centro provocada por estimulações centraes (idéas, percepções) ou por excitação peripherica (sensações).

Sua presença não foi porem, verificada.

Para Mickle a obsessão apresenta uma forma mais complexa, que se particularisando determina formas multiplas, ora se exteriorisando por perturbações intellectuaes, ora com desordens dos sentimentos e fi-

nalmente por lesões da vontade. « E' por esta razão, diz Mickle, que tenho o habito de agrupar as principaes variedades de obsessões sob a denominação de trez D: *doubt* (duvida), *dead* (temor), *desd* (acto) »

Em meio desta discordia sobre a causa intima das obsessões, o professor Janet, despresando como primitiva e essencial a idéa obsedante do primeiro grupo, ao tomar como ponto de partida a angustia emocional, notou nestes infelizes a constancia de symptomas de enfraquecimento, estygmas psychastenicos, como os denominou e erigiu, baseando-se neste enfraquecimento especial do espirito, a theoria psychastenica das obsessões.

Com tamanha impulsão, em tão difficil problema, não se acercou do eminente professor a estulta vaidade de ter pronunciado a ultima palavra — *solemnia verba* — como se deprehende da transcripção infra (1):

«Na ignorancia em que nos achamos das funcções essenciaes do systema nervoso e das causas que determinam o augmento ou a diminuição das funcções cerebraes, *as theorias pathogenicas das perturbações do espirito não podem ser sinão classificações tão naturaes quanto possiveis dos symptomas observados.*» *Lis est.*

---

(1) Janet opp. cit T. I. pag. 447. — As palavras sublinhadas são nossas.

Das perturbações cenesthesicas como base para explicação das alterações da personalidade.

O conceito referente á cenesthesia de que os sentidos externos interveem de uma maneira accessoria e secundaria na concepção de nossa personalidade não pode, como demonstraram Wernich e Storch, ser acceitavel. *(1)*

Provaram estes neurologistas que em toda a percepção sensorial (tactil, visual, auditiva, etc.) existem dois elementos:—um especifico ou sensorial, outro organico ou myopsychico, constituido este pela sensação da actividade muscular e a do movimento executado pelo organismo para adaptar o apparelho sensorial ao excitante peripherico, realisando assim as melhores condições de percepção.

As percepções sensoriaes teem pois por concomitante indispensavel, sensações organicas que representam importante papel no conhecimento do mundo exterior e dos phenomenos do nosso proprio organismo.

Graças ás vias de associações transcorticaes, estas sensações organicas de origem externa e suas imagens

acham-se intimamente unidas ás imagens das sensações organicas de origem interna, sobretudo visceraes, cujo conjuncto constitue o que se denomina cenesthesia,—o sentido de nossa existencia corporal ou de nossa personalidade physica. Destas connexões associativas resultam que cada uma de nossas percepções sensoriaes tem o poder de fazer surgir na consciencia o complexo de imagens commemorativas das diversas regiões do corpo pelas quaes temos a consciencia do nosso organismo.

Não devemos, pois, conceber a cenesthesia na accepção restricta exarada por Séglas, com independencia do concurso dos sentidos, apresentando assim nossas sensações de uma fórma vaga; devemos admittir, o que está conforme á accepção etymologica da palavra, que é ella o sentimento que temos da nossa existencia, graça á sensibilidade organica, francamente consciente no estado normal, derivando-se de todos os orgãos comprehendendo os dos sentidos. A ampliação dada por Wernick, é a que nos parece de mais acerto, por isso que, firmada em dados positivos, além de conservar na sua concepção as sensações organicas de origem interna, como sustenta Séglas, addiciona as de origem externa, sem as quaes as percepções sensoriaes ficariam incompletas.

Estes dados psycho-physiologicos nos servirão de base para interpretação do syndroma da duvida, con

siderado como uma perturbação da cenesthesia, no sentido que Wernick concebeu.

Façamos a synthese do que observamos nas duas observações. Notamos em ambos os doentes a ausencia completa de toda a especie de concepções delirantes, assim a integridade de suas faculdades intellectuaes e criticas; se queixam de não sentirem como outr'ora e serem levados a duvidar de tudo, tanto de suas existencias corporaes, como do mundo exterior.

Objectivamente os doentes de que transcrevemos as observações, veem, ouvem e sentem como uma pessoa normal, teem uma idéa exacta sobre todos os objectos e seus usos, lhes parecendo, entretanto, que o que veem, o que tocam, mesmo seus proprios corpos, não teem existencia real, que não são elles que percebem, que falam e andam, resultando disto, este estado angustioso, obsedante e irresistivel, que os impelle a beliscarem-se, exporem-se ao frio, ao qual Janet chama manias de verificação, tudo isto na esperança sempre enganadora de supprirem a insufficiencia de suas percepções, por sensações complementares da vista, do toque, da themosthesia, etc.

Trata-se, como vimos, duma perturbação puramente subjectiva da actividade sensitivo-psychica, perturbação esta que tem sido nestes ultimos annos o objecto de acurados estudos feitos por Pierre Janet,

nas suas pesquisas sobre as obsessões e a psychastenia.

Nas obras do eminente professor ha observações comparaveis ás que transcrevemos para o nosso trabalho, de doentes que dizem não serem elles que andam, que comem e que dormem, duvidam de sua propria existencia e suppoem-se mortos. (1) «Estes doentes, diz Janet, continuam a ter a sensação e a percepção do mundo exterior, perderam, porem, o sentimento de realidade que ordinariamente é inseparavel destas percepções». (2) E como para Janet este sentimento de realidade é funcção dum nivel mental elevado, que desapparece desde que a tensão psychologica diminúe, conclúe elle, que estes doentes que teem sensações incompletas ou que perderam o sentimento da realidade, teem um abaixamento do nivel mental, uma quéda ou um simples enfraquecimento da tensão psychologica.

Storch e Fœrst não admittem a explicação de Janet e combatem a theoria deste.

Para Storch, a duvida que apresenta um certo numero de psychopatas, cuja acuidade visual, auditiva, tactil etc. é normal, está dependente unicamente da

---

(I) Janet, T. I, pag. 489

(2) Ha poucos dias passados vimos no escriptorio do Dr. Tillemont um doente que não tinha consciencia se defecava. Não nos foi possivel fazer uma observação do caso, porque nosso trabalho estava prestes a terminar sua impressão.

dissociação do conteúdo da percepção e do desapparecimento das sensações organicas, myopsychicas, as quaes devemos a apreciação do espaço, do tempo, do volume etc., repousando o sentimento de realidade sobre os factores myopsychicos que fazem parte de nossas sensações.

Semelhante a Storch, Fœrster (1) baseou-se, na explicação destes estados, sobre a dualidade physiologica dos dois factores da percepção — o organico e o especifico, principalmente na preponderancia deste ultimo na constituição de nossa personalidade. O elemento organico para Fœrster tambem contribue para nos pôr em relação com o mundo exterior, donde infere-se que sua não utilisação seja causa de perturbações na apreciação do nosso corpo e na do mundo exterior.

Admittindo a concepção de Wernick que a consciencia de nossa existencia corporal, é subordinada a integridade das sensações organicas transmittidas a cada instante de todos os pontos do corpo ao cortex, torna-se evidente que a suppressão duma categoria qualquer destas sensações, basta para determinar em nossa cenesthesia uma perturbação mais ou menos profunda que poderá se estender, *da simples duvida á negação completa de nossa personalidade.*

(1) Manuel de psychiatrie et neurologie trad. do allem. 1904

Comprehende-se ainda mais que a ausencia das sensações organicas ou myopsychicas, normalmente associadas ás nossas percepções sensoriaes, provoca as mesmas duvidas, as mesmas perplexidades, com o que nos relacionamos com o mundo exterior.

Deny, reconhecendo o valor da theoria psycho-physiologica de Storch e Fœrster, della serve-se para explicar as perturbações cenesthesicas, no sentido em que precisou Wernick: « A conservação do componente especifico nos faz comprehender, diz Deny, como estes doentes continuam a ver e reconhecer os objectos, assim como sua pessoa; mas como o componente organico de suas representações sensoriaes deixa de existir, não podem certos doentes os ligar a sua personalidade». Como vimos, por este mechanismo temos a explicação dos sentimentos de estranheza, de deficiencia e de despersonalisação estudados por Janet.

A perda das representações memoriaes Deny as explica pelo mesmo mechanismo.

« E a inemotividade sensorial é, ajunta Deny, tambem a consequencia da ausencia de sensações organicas, cenesthesicas, as quaes condicionam a tonalidade emocional de todas as nossas percepções. »

***

Hypothetica como as mais theorias scientificas, a de Grasset com a determinação anatomica dos

centros da ideação e automaticos (1), fundada igualmente como as precedentes na dualidade de componentes, nos parece adequada para explicação do mechanismo da affecção que estudamos. As sensações, idéas, recordações, raciocinios que constituem o conjuncto do nosso entendimento, nosso *Eu*, teem um centro commum: é o centro intellectual superior, a consciencia.

Ao lado deste conjuncto cohesivo existe outro formado dum grande numero de idéas, das quaes perdemos nós a lembrança consciente de uma maneira incompleta, — de sensações não reconhecidas, — de impressões fugitivas não classificadas pela consciencia e que representam as primeiras manifestações da consciencia intellectual, o esboço das idéas que vão formar nosso entendimento.

E' o dominio do subconsciente que Myers (2) classificou de consciencia *subliminal*.

Claparède (3) chama de percepção no segundo gráo ou percepção complicada, a consciencia intellectual superior; e de percepção no primeiro gráo ou percepção simples, a « identificação primaria que produz o reconhecimento sensorial ». Para Clapa-

(1) Grasset. Les centres nerveux. — Physiopathologie clinica, pag. 42—1905.

(2) La personalité humain.

(3) Cit. in Grasset — Hypnotisme et suggestion.

rède estes dois gráos da percepção estão em uma dependencia reciproca e impossivel de delimitar, admittindo, entretanto, *sua distincção com o fim de facilitar o estudo dos casos pathologicos*. Esta divisão é acceita com restricções pelo professor Grasset que assegura ser ella *artificial* em physiologia *normal*, porem, que em pathologia e em clinica, na vida morbida nada existe de mais *real*.

O professor Grasset designa sob o nome de centro O (correspondendo *a zona anterior dos centros de associação*, prerolandica e prefrontal, onde Flechsig localisa a consciencia e a personalidade (1)), o centro intellectual superior e de polygono, o conjuncto dos centros subconscientes, considerando-o como formado dos differentes centros da visão, da audição, dos movimentos geraes, da graphia, da palavra e da sensibilidade geral, centros estes que estão em relação entre si e com os centros superiores, por fibras ou zonas projectoras. No estado normal estes dois centros, consciencia superior e subconsciencia, O e Polygono estão intimamente unidos um ao outro por associações constantes, funccionam conjunctamente e presidem toda as as funccções da vida.

Quando, porem, por motivo de ordem physiologica como o somno, experimental como o hypno-

---

(1) Grasset. Les centres nerveux, op. cit. pag. 43.

tismo e a suggestão, ou pathologica como em certos estados hystericos e psychastenicos, estes dois centros se dissociam, torna-se possivel o estudo de suas manifestações respectivas.

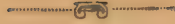
Separado do seu centro O, o polygono não fica inactivo.

Os productos da actividade polygonal, os actos automaticos possuem um certo numero de caracteres que lhes são proprios e que foram bem definidos por Grasset.

Separados de seu centro psychico, são inconscientes, só tornando-se conscientes quando a actividade automatica se acha communicada ao centro da consciencia pessoal. São alem disto impregnados dum certo psychismo que se manifesta pela memoria e pela intellectualidade «persistencia de impressões, invocação de lembranças... tudo isto pertence as duas grandes memorias psychicas, a inferior e a superior, a do polygono e a de O (1)».

Os actos polygonaes não são conscientes, são automaticos (isto é, não são voluntarios e livres, porem teem a apparencia de espontaneidade) e psychicos (ha na actividade polygonal memoria e intellectualidade)». (2) Esta é a theoria de Grasset, evidenciando-se do exposto que na sua essencia apresenta

(1) Grasset. Le spiritisme devant la science.

(2) Ibid.

semelhança com as de Storch e Fœrster, sem as explicações ainda hypotheticas em que se firmam estas. Assim estabelecida, concluimos nós que seja qual for a causa pathogenica, intellectual, emocional ou psychastenica, que actue indirecta ou directamente sobre as linhas ou zonas de projecção enfraquecendo ou mesmo fazendo desapparecer a integridade entre os dois centros, resultará o desdobramento e a despersonalisação.

A theoria de Grasset é ainda argumento contra os que negam a unificação do syndroma, tão magistralmente concebida e sustentada por Pierre Janet, fazendo comprehender que a monomania de Esquirol, a alienação parcial de Falret etc., incide em uma alteração limitada a uma linha ou zona projectora, trazendo em consequencia a perda da consciencia, da funcção ou acto que era conduzido por esta zona ou fibra.

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

a—Os pulmões enchem as duas cavidades pleuraes.

b—O direito apresenta tres lóbos.

c—O esquerdo tem apenas dois.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

a—O craneo é uma caixa ossea de paredes mais ou menos espessas, destinada a alojar e proteger o encephado e não simplesmente o cerebro, como queria Kerhring.

b—E' essencialmente formado por meio de suturas, cujo papel, nos traumatismos, é amortecer os choques e diminuir as vibrações que elles produzem.

c—A frequencia das fracturas do craneo está na razão directa da synostose, por isso o craneo do velho, reduzido pela soldadura a uma só peça, fractura-se mais facilmente do que o craneo da criança.

HISTOLOGIA

a—O estudo microscopico do sangue dos impaludados, deixa perceber nos globulos sanguineos alterações de fórma e de quantidade.

b—Os globulos vermelhos diminuem sob a influencia do accesso palustre e deformam-se.

c—Os globulos brancos augmentam de numero sob a mesma influencia.

BACTERIOLOGIA

a—Uma das maiores conquistas da sciencia medica é o des-

cobrimento do papel dos micro-organismos na etiologia de certas molestias.

b—A influencia dos sêres unicellulares depende dos seus productos de desassimilação e de secreção.

c—Esses productos tomaram o nome de toxinas.

PHYSIOLOGIA

a— Os neuronas são mais entidades anatomicas do que physiologicas, neste sentido de que as menores reacções nervosas têm como *substractum* muitas cellulas.

b—A physiologia pode prescindir do amiboismo nervoso na determinação dos phenomenos que ella estuda.

c—A independencia reciproca dos neuronas não pode de maneira alguma se oppôr a que a modificação que se produz em um delles dependa immediatamente daquella que se produziu no neurona precedente (Bechterew)

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

a—A irritação é a causa mais importante que preside a genese dos tumores.

b- Os orgãos que por suas funcções estão sujeitos a uma actividade incessante são os mais attingidos.

c—Por isso a grandula mammaria, o estomago, a parte inferior do intestino e o utero são muito favoraveis a eclosão dos tumores.

CHIMICA MEDICA

a—A quinina é um alcaloide extrahido da quina.

b—Tem sabor amargo e reacção alcalina.

c—E' considerada como medicamento especifico da infecção palustre.

HISTORIA NATURAL MEDICA

a—Os mosquitos são insectos dipteros.

b—São promovidos na parte anterior da cabeça de uma proboscida pela qual sugam os alimentos.

c—E' pelas picadas dos mosquitos anopheles que se contrahe o impaludismo.

THERAPEUTICA

a—O gaiacol é o principal elemento da creosota.

b—Separa-se por distillação fraccionada.

c—E' soluvel n'agua na proporção de 1/60.

PATHOLOGIA CIRURGICA

a—As feridas do recto apresentam causas numerosas, merecendo importancia porém, as produzidas pelos instrumentos cortantes, picantes, contundentes e pelas armas de fogo.

b—Ellas carecem de certas circumstancias para a sua producção, circumstancias estas ligadas por sua vez a multiplos factores.

c—O prognostico destas feridas está ligado á séde em que tiveram logar, á natureza dos corpos vulnerantes, aos germens septicos e corpos estranhos introduzidos por elles.

OPERÇÕES E APPARELHOS

a—Chama-se rectotomia a incisão do recto praticada de fóra para dentro ou de dentro para fóra.

b—A incisão feita de dentro para fóra, denomina-se rectotomia interna.

c—A de modo contrario chama-se rectotomia externa.

CLINICA CIRURGICA (1.ª cadeira)

a—O canal anal de um lado e o recto do outro, nos casos de imperfuração, podem ser bem formados, mas se a communicação entre os dois não se houver estabelecido

b—Esta barreira pode ter limites variaveis desde uma simples divisão membranosa, deixando ver por trasparencia o meconio accumulado acima, até um centimetro e mais de espessura.

c—Nestes casos o pratico deve intervir, fazendo a communicação das duas partes com o auxilio do canivete.

CLINICA CIRURGICA (2.ª cadeira)

a—Nos casos de ruptura do recto, quando o accidente data de algumas horas, devemos tentar após uma lavagem, e quando as ansas intestinaes são perfeitas, a laparotomia que permittirá desbridar o orificio, reduzir o intestino e obturar a rasgadura.

b—Naquelles em que o intestino tem perdido o seu vigor, achando-se gangrenado e perfurado é necessario, segundo a pratica aconselhada por Quénu, retirar immediatamente pelo recto a parte gangrenada da ansa, collocando uma ligadura de cada lado.

c—A reducção dos dois cotos no abdomen é seguida ou de uma enterorraphia ou de uma simples anastomose das duas extremidades á pelle, segundo o estado do individuo que muita vez é incapaz de supportar uma longa intervenção.

CLINICA PROPEDEUTICA

a — A auscultação pode ser mediata ou immediata.

b — A primeira se faz com o estethoscopio.

c — A segunda despensa qualquer apparelho.

PATHOLOGIA MEDICA

a — A variola é uma molestia contagiosa e epidemica.

b — A infecção se dá principalmente pelas vias respiratorias.

c — Sua incubação é de dôze dias.

CLINICA MEDICA (1.ª cadeira)

a — Os accessos palustres podem revestir as mais diversas fórmas.

b — O diagnostico do impaludismo é por isto muitas vezes bastante difficil.

c — O exame hematologico é em certos casos a base mais solida para affirmar um diagnostico seguro de impaludismo.

CLINICA MEDICA (2.ª cadeira)

a — Um accesso palustre regular compõe-se de tres estados: estado de frio, de calor e de suor.

b — Nem sempre o accesso palustre tem esta evolução classica.

c — Muitos doentes não apresentam em seus accessos o estado de frio; outros não transpiram.

MATERIA MEDICA, PHARMALOGIA E ARTE DE FORMULAR

a -- Medicamento é toda substancia empregada com o fim de curar.

b -- Penetra na economia pela pelle, mucosas e veias.

c — Na pelle temos os methodos super-dermico, dermico e hypo-dermico ; nas mucosas os methodos intraleptico, gastro-intestinal e o respiratorio ; nas veias o methodo intra-venoso.

HYGIENE

a—As redes de esgoto são indispensaveis ao saneamento das cidades.

b — A depuração do *Sewage* completa uma boa installação

c -- O tratamento biologico dá os melhores resultados.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

a — A irite é uma inflammação da iris.

b --- Suas causas são geraes ou locaes.

c -- Entre as primeiras temos a syphilis.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

a — A hematidrose é uma hemorrhagia das glandulassu do-riparas.

b—Localisa-se ordinariamente nos dedos, fronte e axilla.

c — Parrot demonstrou a sua origem nervosa.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

a — A concausa é uma causa addicional á produzida pelo offensor.

b — Si vem depois do crime, é superveniente.

c — Quando o antecede, é preexistente.

CLINICA PEDIATRICA

a — O primeiro dente sae geralmente no sexto ou septimo mez.

b — A dentição deve chamar a attenção do medico.

c — Por ella pode-se avaliar o vigor da criança.

OBSTETRICIA

a — A secreção lactea é observada geralmente em seguida a casos de abortamento, principalmente nas multiparas, estando a gravidez adiantada.

b — Tem sido tambem verificada em abortamentos que se produzem no começo da gravidez.

c — Esta secreção representa um subsidio de valor para o diagnostico destes accidentes.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

a — A involução uterina em geral tem logar mais rapidamente no abortamento do que no parto a termo.

b — Não se tendo executado o abortamento por completo, ou não sendo guardado o repouso conveniente é ella mais demorado.

c — Nos abortamentos de duração prolongada, e permanecendo na cavidade do utero partes do ovo, a involução uterina é lenta.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

a — Sob o termo geral de demencia entende-se o enfraquecimento em todos os seus gráos e o aniquilamento definitivo da actividade psychica.

b — Esta destruição da mentalidade não deve ser confundida com os differentes estados demenciaes que a podem simular.

c — Os estados de demencia são essencialmente estados secundarios.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia. 10 de Março de 1906.

O SECRETARIO

Dr Menandro dos Reis Meirelles